

**ПРЕЗИМЕ (име и презиме оца), (име и презиме мајке) и ИМЕ:**

---

**МЕСТО СТАНОВАЊА, АДРЕСА :** \_\_\_\_\_

---

**ТЕЛЕФОН (стабилни и број мобилног телефона):** \_\_\_\_\_  
**e-mail:**

**МЕСТО СТАЛНОГ БОРАВКА:** \_\_\_\_\_

**ДРЖАВЉАНСТВО:** \_\_\_\_\_

**НАЦИОНАЛНА ПРИПАДНОСТ:** \_\_\_\_\_

**ДРЖАВА, МЕСТО И АДРЕСА И ТАЧАН НАЗИВ МАТИЧНОГ ФАКУЛТЕТА:**

---

---

**Подносим захтев за прелазак на:**  
**(заокружити)**

1. студије медицине
2. студије фармације
3. студије здравствене неге
4. студије специјалне едукације и рехабилитације
5. студије медицинске рехабилитације
6. студије радиолошке технологије

**И УПИС У 1. 2. 3. 4. ГОДИНУ ИЛИ ОДГОВАРАЈУЋУ ГОДИНУ СТУДИЈА**  
**(заокружити).**

У школској 2023/2024. год. сам студент \_\_\_\_\_ године студија.  
Први пут сам уписан у прву годину студија школске \_\_\_\_\_  
године на факултету (тачан назив факултета):

---

Студирам (заокружити) на: 1. Српском језику 2. Енглеском језику 3. Други језик

У току школске 2023/2024. године положио сам, до сада, укупно \_\_\_\_\_ ЕСПБ бодова.

Уз образац подносим: (заокружи)

1. уверење о положеним испитима;
2. доказ да имам статус студента на свом факултету у школској 2023/2024. години;
3. доказ о броју остварених ЕСПБ бодова у школској 2023/2024. години – потврда од факултета;
4. доказ да студирам на српском језику – потврда од факултета;
5. фотокопија индекса (све исписане странице);
6. оверен (од стране факултета) наставни програм (детаљан програмски садржај наставе) одслушаних предмета;
7. Доказ о уплати : Уплата на жиро рачун факултета у износу од 6.000,00 динара:  
Сврха уплате: трошкови обраде захтева за прелазак са другог факултета ; или – трошкови обраде захтева за промену студијског програма/модула (за студенте Медицинског факултета Нови Сад); или – трошкови обраде захтева за поновно стицање статуса студента; или – трошкови обраде захтева за упис на основу завршеног факултета;  
Жиро рачун: 840-1633666-55, позив на број 742-105  
Прималац: Медицински факултет Нови Сад, Хајдук Вељкова бр. 3, Нови Сад
8. Фотокопија извода из матичне књиге рођених (није важно када је издат извод);
9. Фотокопија личне карте, или прочитана лична карта ако је чипована;
10. Студенти који студирају ван Републике Србије, поред наведених докумената, достављају: фотокопију пасоша или фотокопију држављанства Републике Србије, ако га поседују.

Изјављујем да сам сагласан/на да моје личне податке Медицински факултет Нови Сад (у даљем тексту-Факултет) обрађује у складу с важећим Законом о заштити података о личности („Сл гласник РС“ бр. 87/2018).

Изјављујем да сам сагласан/на да се моји подаци чувају, обрађују и користе за следеће сврхе: пријаве за прелазак и упис на факултет, остваривања права на упис године студија, остваривање права за слушање наставе, остваривање права за рангирање за финансирање студија из буџета, друга права и обавезе по основу статуса студента, поступак нострификације и провере веродостојности јавне исправе и др, издавање решења, статистичке обраде података, остваривање права на издавање јавне исправе, давање податак лицима који податке траже позивајући се на закон о доступности информација од јавног значаја, а све у складу са Законом о заштити података о личности као и у остале сврхе у складу са законом.

Сагласан/а сам да Факултет наведене податке прикупља, складишти у својој бази (факултетски информациони систем) и да их користи искључиво у циљу остваривања наведене сврхе.

Изјављујем да сам своје податке дао/дала добровољно.

Факултет гарантује физичким лицима, чије податке обрађује, сва права предвиђена Законом о заштити података о личности.

**Потпис подносиоца захтева:** \_\_\_\_\_